

# 近畿協 生活習慣病予防健診申込書(関西文紙情報産業健保用)

被保険証記号	フリガナ	-	担当者名		
	事業所名		電話番号		
	所在地	〒			
被保険者証 番号	フリガナ	生年月日	性別	希望受診日	ご自宅住所・ご自宅電話番号
	氏名				
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -
		昭 年 月 日	男・女	月 日 午前 午後	〒 TEL - -

希望実施機関	1 近畿健診センター	2 淀川健康管理センター	3 福島健康管理センター
--------	------------	--------------	--------------

※事業所保管分の健診結果を希望される場合は別紙健診結果発行依頼書も提出してください。

※ご希望日を記入され午前・午後に○印を付けてください。

※ご希望実施機関の番号に○印を付けてください。

※必要事項をご記入後、当組合と各実施機関へFAXしてください。

※受診日1月～5月用になります。従来の申込書での提出可

・近畿健診センター：〒530-0047 大阪市北区西天満5丁目9番3号アールビル本館2階 TEL 06-6365-1655 FAX 06-6365-1645

・淀川健康管理センター：〒532-0023 大阪市淀川区十三東1-18-11 TEL 06-6303-7281 FAX 06-6303-7284

・福島健康管理センター：〒553-0004 大阪市福島区玉川2-12-16 TEL 06-6441-6848 FAX 06-6441-6074